

専務理事	常務理事	事務長	課長	係長	係員

健康保険被保険者証再交付申請書

<被保険者記入欄>

被保険者証の記号・番号		—			
被 保 険 者	氏 名				
	生 年 月 日	昭和 ・ 平成 年 月 日			
	住所・電話番号	〒 — 電話 () —			
	資格取得年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日			
再 交 付 を 必 要 と す る 方 の 氏 名 等	氏 名	続柄	生年月日	再交付の原因	
			昭和 平成 令和 年 月 日	滅失 ・ き損 ・ その他	
			昭和 平成 令和 年 月 日	滅失 ・ き損 ・ その他	
			昭和 平成 令和 年 月 日	滅失 ・ き損 ・ その他	
			昭和 平成 令和 年 月 日	滅失 ・ き損 ・ その他	
再 交 付 の 理 由	(滅失した場所やき損させた理由などをできるだけ詳しく記入してください。)				

上記のとおり再交付を申請します。なお、今後は滅失またはき損することのないよう注意するとともに、失った被保険者証を発見したときは直ちに近畿電子産業健康保険組合へお返しします。

<事業主記入欄>

上記のとおり被保険者から健康保険被保険者証の再交付申請がありましたので届出いたします。 なお、今後は被保険者証の滅失またはき損することのないよう十分指導いたします。	
	令和 年 月 日
事業所 所在地	
事業所 名 称	
事業主 氏 名	
近畿電子産業健康保険組合理事長 様	

※届出書に記入した内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入のうえ、訂正者の氏名を記入してください。
なお、押印している場合は、上記の方法による訂正または押印による訂正のどちらかをしてください。